**PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN ĐIỀU TRỊ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG**

*(Ban hành theo Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012 của* *Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

- Bệnh tay - chân - miệng là bệnh truyền nhiễm lây từ người sang người, dễ gây thành dịch do vi rút đường ruột gây ra. Hai nhóm tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxsackie virus A16 và Enterovirus 71 (EV71). Biểu hiện chính là tổn thương da, niêm mạc dưới dạng phỏng nước ở các vị ứí đặc biệt như niêm mạc miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mông, gối. Bệnh có thể gây nhiều biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện sớm và xử ừí kịp thời. Các trường hợp biến chứng nặng thường do EV71.

- Bệnh lây chủ yếu theo đường tiêu hóa. Nguồn lây chính là từ nước bọt, phỏng nước và phân của trẻ nhiễm bệnh.

**II. CHẦN ĐOÁN**

**1. Lâm sàng:**

***1.1. Triệu chứng lâm sàng:***

a. Giai đoạn ủ bệnh: 3-7 ngày.

b. Giai đoạn khởi phát: Từ 1-2 ngày với các triệu chứng như sốt nhẹ, mệt mỏi, đau họng, biếng ăn, tiêu chảy vài lần trong ngày.

c. Giai đoạn toàn phát: Có thể kéo dài 3-10 ngày với các triệu chứng điển hình của bệnh:

♦ Loét miệng: vết loét đỏ hay phỏng nước đường kính 2-3 mm ở niêm mạc miệng, lợi, lưỡi, gây đau miệng, bỏ ăn, bỏ bú, tăng tiết nước bọt.

♦ Phát ban dạng phỏng nước: Ở lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, tồn tại trong thời gian ngắn (dưới 7 ngày) sau đó có thể để lại vết thâm, rất hiếm khi loét hay bội nhiễm.

♦ Sốt nhẹ.

♦ Nôn.

♦ Nếu trẻ sốt cao và nôn nhiều dễ có nguy cơ biến chứng.

♦ Biến chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp thường xuất hiện sớm từ ngày 2 đến ngày 5 của bệnh.

d. Giai đoạn lui bệnh: Thường từ 3 đến 5 ngày sau, trẻ hồi phục hoàn toàn nếu không có biến chứng.

***1.2. Các thể lâm sàng:***

*o* Thể tối cấp: Bệnh diễn tiến rất nhanh có các biến chứng nặng như suy tuần hoàn, suy hô hấp, hôn mê dẫn đến tử vong trong vòng 24-48 giờ.

o Thể cấp tính với 4 giai đoạn điển hình như trên.

o Thể không điển hình: Dấu hiệu phát ban không rõ ràng hoặc chỉ có loét miệng hoặc chỉ có tiêu chứng thần kinh, tim mạch, hô hấp mà không phát ban và loét miệng.

**2. Cận lâm sàng:**

***2.2. Các xét nghiệm cơ bản:***

*o* Công thức máu: Bạch cầu thường trong giới hạn bình thường. Bạch cầu tăng trên 16.000/mm3 hay đường huyết tăng > 160mg% (8.9mmol/L) thường liên quan đến biến chứng.

o Protein c phản ứng (CRP) trong giói hạn bình thường (< 10mg/L).

o Đường huyết, điện giải đồ, X quang phổi đối với các trường hợp có biến chứng từ độ 2b.

***2.3. Các xét nghiệm theo dõi phát hiện biến chửng:***

*o* Khí máu khi có suy hô hấp.

o Troponin I, siêu âm tim khi nhịp tim nhanh >150 lần/phút, nghi ngờ viêm cơ tim hoặc sốc.

o Dịch não tủy:

♦ Chỉ định chọc dò tủy sống khi có biến chứng thần kinh hoặc không loại trừ viêm màng não mủ.

♦ Xét nghiệm protein bình thường hoặc tăng, số lượng tế bào trong giới hạn bình thường hoặc tăng, có thể là bạch cầu đa nhân ưu thế.

***2.4. Xét nghiệm phát hiện vi rút (nếu cỏ điều kiện) từ độ 2b trở lên loặc cần chẩn đoán phân biệt:*** Lấy bệnh phẩm hầu họng, phỏng nước, trực tràng, dịch não tủy để thực hiện xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập vi rút chẩn đoán xác định nguyên nhân.

***2.5. Chụp cộng hưởng từ não:*** Chỉ thực hiện khi có điều kiện và khi cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý ngoại thần kinh.

**3. Chẩn đoán:**

***3.1.******Chẩn đoán ca lâm sàng:*** Dựa vào ữiệu chứng lâm sàng và dịch tể học.

- Yếu tố dịch tể: Căn cứ vào tuổi, mùa, vùng lưu hành bệnh, số trẻ mắc bệnh cùng trong một thời gian.

- Lâm sàng: Phỏng nước điển hình ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân, gối, mông, kèm sốt hoặc không.

***3.2.******Chẩn đoán xác định:*** Xét nghiệm RT-PCR hoặc phân lập có vi rút gây bệnh.

**4. Chẩn đoán phân biệt:**

***4.1. Các bệnh cỏ biểu hiện loét miệng:***

Viêm loét miệng (Aphtes): vết loét sâu, có dịch tiết, hay tái phát.

***4.2. Các bệnh cỏ phát ban da:***

- Sốt phát ban: hồng ban xen kẽ ít dạng sần, thường có hạch sau tai.

- Dị ứng: hồng ban đa dạng, không có phỏng nước.

- Viêm da mủ: Đỏ, đau, có mủ.

- Thủy đậu: Phỏng nước nhiều lứa tuổi, rải rác toàn thân.

- Nhiễm khuẩn huyết do não mô cầu: mảng xuất huyết hoại tử trung tâm.

- Sốt xuất huyết Dengue: Chấm xuất huyết, bầm máu, xuất huyết niêm mạc.

***4.3. Viêm não-màng não:***

- Viêm não-màng não do vi khuẩn.

- Viêm não-màng não do vi rút khác.

***4.4. Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi*s. Biến chứng:**

***5.1. Biến chứng thần kinh:*** Viêm não, viêm thân não, viêm não tủy, viêm màng não.

- Rung giật cơ (myoclonic jerk, giật mình chói với)

- Ngủ gà, bứt rứt, chới với, đi loạng choạng, run chi, mắt nhìn ngược.

- Rung giật nhãn cầu.

- Yếu, liệt chi.

- Liệt dây thần kinh sọ não.

- Co giật hôn mê là dấu hiệu nặng, thường đi kèm với suy hô hấp, tuần hoàn.

- Tăng trưong lực cơ (biểu hiện duỗi cứng mất não, gồng cứng mất vỏ).

***5.2. Biến chứng tím mạch, hô hấp:*** Viêm cơ tim, phù phổi cấp, tăng huyết áp, suy tim, trụy mạch.

- Mạch nhanh >150 lần/phút.

- Thời gian đổ đầy mao mạch chậm trên 3 giây.

- Da nổi vân tím, vã mồ hôi, chi lạnh. Các biểu hiện rối loạn vận mạch có thể chỉ khu trú ở 1 vùng cơ thể (1 tay, 1 chân, ...).

- Giai đoạn đầu có huyết áp tăng (HA tâm thu: trẻ dưới 1 tuổi >100 mmHg, trẻ từ 1 -2 tuổi >110 mmHg, trẻ trên 2 tuổi >115 mmHg), giai đoạn sau mạch huyết áp không đo được.

- Khó thở: Thở nhanh, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thì hít vào, thở nông, thở bụng, thở không đều.

- Phù phổi cấp: Sùi bọt hồng, khó thở, tím tái, phổi nhiều ran ẩm, nội khí quản có máu hay bọt hồng.

**6. Phân độ lâm sàng:**

Độ 1: Chỉ loét miệng và/hoặc tổn thương da.

Độ 2:

Độ 2a: Có một trong các dấu hiệu sau:

+ Bệnh sử có giật mình dưới 2 lần/30 phút và không ghi nhận lúc khám.

+ Sốt trên 2 ngày, hay sốt trên 39°C**,**nôn, lừ đừ, khó ngủ, quấy khóc vô cớ. Độ 2b: có dấu hiệu thuộc nhóm 1 hoặc nhóm 2:

\* ***Nhóm 1: có một trong các biểu hiện sau:***

- Giật mình ghi nhận lúc khám.

- Bệnh sử có giật mình ≥ 2 lần/30 phút

- Bệnh sử có giật mình kèm theo một dấu hiệu sau:

+ Ngủ gà.

+ Mạch nhanh > 130 lần/p (khi trẻ nằm yên, không sốt).

*\* Nhóm 2: Có một trong các biểu hiện sau:*

- Sốt cao ≥ 39.5°c (nhiệt độ hậu môn) không đáp ứng thuốc hạ sốt.

- Mạch nhanh >150 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).

- Thất điều: run chi, run người, ngồi không vững, đi loạng choạng.

- Rung giật nhãn cầu, lác mắt.

- Yếu chi hoặc liệt chi.

- Liệt dây thần kinh sọ: nuốt sặc, thay đổi giọng nói...

Độ 3: Có các dấu hiệu sau:

- Mạch nhanh >170 lần/phút (khi trẻ nằm yên, không sốt).

- Một số trường hợp có thể mạch chậm (dấu hiệu rất nặng).

- Vã mồ hôi, lạnh toàn thân hoặc khu trú.

- HA tâm thu tăng:

+ Trẻ dưới 12 tháng HA > 100 mmHg.

+ Trẻ từ 12 tháng đến dưới 24 tháng HA >110 mmHg.

+ Trẻ từ trên 24 tháng HA >115 mmHg.

- Thở nhanh, thở bất thường: Cơn ngừng thở, thở bụng, thở nông, rút lõm ngực, khò khè, thở rít thì hít vào.

- Rối loạn tri giác (Glasgow <10 điểm).

- Tăng trương lực cơ.

Độ 4: có một trong các dấu hiệu sau:

- Sốc.

- Phù phổi cấp.

- Tím tái, SpO2 < 92%.

- Ngưng thở, thở nấc

**III. ĐIỀU TRỊ**

**1. Nguyên tắc điều trị:**

- Hiện nay chưa có thuốc điều tộ đặc hiệu, chỉ điều tộ hỗ trợ (không dùng kháng sinh khi không có bội nhiễm).

- Theo dõi sát, phát hiện sớm, phân độ đúng và điều trị phù hợp.

- Đối với trường hợp nặng phải đảm bảo xử trí theo nguyên tắc hồi sức cấp cứu.

- Đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ, nâng cao thể trạng.

**2. Điều trị cụ thể:**

**2.1. Độ 1: Điều trị ngoại trú**

- Dinh dưỡng đầy đủ theo tuổi. Trẻ còn bú vẫn tiếp tục cho ăn sữa mẹ.

- Hạ sốt khi sốt cao bằng Paracetamol liều 10 mg/kg/lần (uống) hoặc 15 mg/kg/lần (tọa dược) mỗi 6 giờ.

- Vệ sinh răng miệng.

- Nghỉ ngoi, tránh kích thích.

- Tái khám mỗi 1-2 ngày trong 8-10 ngày đầu của bệnh. Trẻ có sốt phải tái khám mỗi ngày cho đến khi hết sốt 48 giờ.

- Cần tái khám ngay khi có dấu hiệu:

o Sốt cao ≥ 39°C.

o Thở nhanh, khó thở.

o Giật mình, lừ đừ, run chi, quấy khóc, bứt rứt khó ngủ, nôn nhiều,

o Đi loạng choạng.

o Da nổi vân tím, vã mồi hôi, tay chân lạnh,

o Co giật hôn mê.

**2.2. Độ 2: Nhập viện**

***2.2.1. Độ 2a***

- Điều trị như độ 1. Trường hợp trẻ sốt cao không đáp ứng tốt với Paracetamol có thể phối hợp xen kẽ với Ibuprofen 5-10 mg/kg/lần lặp lại mỗi 6-8 giờ nếu cần. Tổng liều tối đa của Ibuprofen là 40mg/kg/ngày. Không dùng thuốc hạ sốt nhóm aspirin).

- Phenobarbital 5-7 mg/kg/ngày, uống.

- Theo dõi sát để phát hiện dấu hiệu chuyển độ.

***2.2.2. Độ 2b:***

- Nằm đầu cao 300.

- Thở oxy qua mũi 3-6 lít/phút.

- Hạ sốt tích cực nếu trẻ có sốt.

- Thuốc:

o Phenobarbital 10-20 mg/kg truyền tĩnh mạch. Lặp lại sau 8-12 giờ khi cần.

o Immunoglobulin:

♦ *Nhóm 2:* lmg/kg/ngày truyền tĩnh mạch chậm trong 6-8 giờ. Sau 24 giờ nếu còn dấu hiệu độ 2b: Dùng liều thứ 2.

♦ *Nhóm 1:* Không chỉ định dùng Immunoglobulin thường quy. Nếu triệu chứng không giảm sau 6 giờ điều trị bằng Phenobarbital thì cần chỉ định Im-munoglobulin. Sau 24 giờ đánh giá lại để quyết định liều thứ 2 như nhóm 2.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, kiểu thở, tri giác, ran phổi mỗi 1-3 giờ trong 6 giờ đầu, sau đó theo chu kỳ 4-5 giờ.

- Theo dõi mạch, SpO2 liên tục.

***2.3. Độ 3, độ 4:****Chuyển viện.*

***3****.***Tiêu chuẩn xuất viện:**

Có thể xuất viện khi có đủ 4 điều kiện sau:

- Không sốt ít nhất 24 giờ liên tục (không sử dụng thuốc hạ sốt)

- Không còn các biểu hiện lâm sàng phân độ năng từ 2a ừở lên ít nhất trong 48 giờ.

- Có điều kiện theo dõi tại nhà và tái khám ngay nếu có diễn tiến nặng (nếu chưa đến ngày thứ 8 của bệnh, tính từ lúc khởi phát).

**IV. PHÒNG BỆNH**

**1. Nguyên tắc phòng bệnh:**

- Hiện chưa có vaccin phòng bệnh đặc hiệu.

- Áp dụng các biện pháp phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa đối với bệnh lây qua đường tiêu hóa, đặc biệt chú ý tiếp xúc trực tiếp với nguồn lây.

**2. Phòng bệnh tại cơ sở y tế:**

- Cách ly theo nhóm bệnh.

- Nhân viên y tế: Mang khẩu trang, rửa, sát khuẩn tay trước và sau khi chăm sóc.

- Khử khuẩn bề mặt, giường bệnh, buồng bệnh bằng Cloramin B 2%. Lưu ý khử khuẩn các ghế ngồi của bệnh nhân và thân nhân tại khu khám bệnh.

- Xử lý chất thải, quần áo, khăn ứải giường của bệnh nhân và dụng cụ chăm sóc sử dụng lại theo quy trình phòng bệnh lây qua đường tiêu hóa.

**3. Phòng bệnh ở cộng đồng:**

- Vệ sinh cá nhân, rửa sạch tay bằng xà phòng (đặc biệt sau khi thay quần áo, tã, sau khi tiếp xúc với phân, nước bọt).

- Rửa sạch đồ chơi, vật dụng, sàn nhà.

- Lau sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn Cloramin B 2% hoặc các dung dịch khử khuẩn khác.

- Cách ly trẻ bệnh tại nhà. Không đến nhà trẻ, trường học, nơi các trẻ chơi tập trung trong 10-14 ngày đầu của bệnh.